

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE INGUINALE
DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mai 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR DE VAUCHER

Né le 2 Décembre 1868, à Vétraz-Monthoux (Haute-Savoie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1895

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE INGUINALE

DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenne publiquement le 15 Mai 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARTHUR DE VAUCHER

Né le 2 Décembre 1868, à Vétraz-Monthoux (Haute-Savoie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. **DOYEN**
LÉPINE. **ASSESEUR.**

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL,
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.	ROQUE.	MOREAU id.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, M. *Présid.*; M. AUGAGNEUR, *Assesseur*; MM. POLLOSSON A. et JABOULAY *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Au mois de mars dernier, M. le professeur agrégé Jaboulay eut l'occasion d'opérer, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, une petite hernie inguinale, apparue chez une jeune fille de vingt-trois ans et formée uniquement par la trompe de Fallope.

Ce cas constituait la dixième observation de hernie de la trompe utérine seule, et la cinquième seulement pour la variété inguinale, si l'on s'en rapporte à l'intéressant mémoire publié par Lejars dans la *Revue de chirurgie* de 1893. Avant l'apparition de ce travail, inspiré par une observation personnelle, les divers auteurs s'étaient surtout préoccupés de la hernie de l'ovaire, dont les exemples sont nombreux, et où la présence de la trompe, pour

ainsi dire constante, n'était considérée que comme un fait secondaire.

M. le professeur agrégé Jaboulay voulut bien nous suggérer l'idée de réunir, dans notre thèse, tout ce qui avait trait à cette double question des hernies tubaires et tubo-ovariennes, au moins pour la variété inguinale, qui est d'ailleurs de beaucoup la plus commune.

A son instigation, nous y ferons rentrer aussi les cas où l'utérus est venu participer, dans une certaine mesure, à la formation de la tumeur herniaire.

Notre intention a été de faire une sorte de revue générale des travaux antérieurs qui ne recevront d'autre complément que le faisceau d'observations nouvelles que nous avons pu recueillir.

Que M. le professeur agrégé Jaboulay reçoive ici l'expression de notre vive gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués et que réclamait souvent notre inexpérience.

Nous prions M. le professeur Maurice Pollosson d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Avant de commencer ce modeste travail, nous considérons comme un devoir d'adresser nos remerciements les plus sincères à nos maîtres dans les hôpitaux, pendant le cours de notre externat, M. le professeur Gailleton, MM. les professeurs agrégés Etienne Rollet et Auguste

Pollosson, et M. le Dr Vinay, qui nous ont encouragé par leur bon accueil et dont les précieuses leçons seront d'un si grand secours pour notre avenir.

N'oublions pas non plus ceux qui ont facilité notre tâche en comblant les lacunes de nos connaissances.

M. Bargeon, interne du service où était notre malade, a bien voulu faire un examen histologique minutieux de l'organe excisé; pour la traduction des observations étrangères, nous avons toujours eu le gracieux concours de notre excellent camarade Bayle, et de M. Paul Jeannin, interne des hôpitaux, qui nous a donné une nouvelle preuve, après tant d'autres, de son inépuisable obligeance.

Qu'ils soient assurés de notre gratitude pour ce témoignage de leur amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
HERNIE INGUINALE
DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE DE FALLOPE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Bien que la présence des annexes de l'utérus dans un sac herniaire soit loin de constituer une rareté pathologique, il faut pour ainsi dire arriver aux temps modernes avant de trouver un auteur s'étant occupé sérieusement de cette étude.

Le premier exemple de cette infirmité est pourtant de date ancienne à l'instar d'ailleurs des cas d'ectopie testiculaire rapportés par Paul d'Egine.

C'est en effet à Soranus d'Ephèse vivant vers l'an 97 de notre ère que reviendrait, d'après Peyrilhe (*Histoire de la Chirurgie*), le mérite de la première observation. Voici comment s'exprime l'auteur grec, d'après la traduction de Darenberg :

« Or, quelques-uns, comme le prétend également Chios;

disent qu'il y a aussi des ligaments suspenseurs qui s'implantent sur les testicules (*testes muliebres*). Nous mêmes, nous avons *de visu* vérifié ce fait par l'expérience chez une femme affectée de hernie intestinale; chez cette femme il y eut pendant l'opération une chute du testicule, par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent, avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi. »

Seize siècles se passèrent avant qu'un autre fait fût publié par Louis Léger de Gouey, chirurgien de Rouen en 1716 (*La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison*). Cette remarquable observation découverte par Puech et citée plusieurs fois après lui est manifestement l'histoire d'une grossesse tubaire intra-herniaire, qui ne pouvait recevoir de l'auteur qu'une interprétation erronée, étant données les connaissances de l'époque sur le mécanisme de la fécondation.

D'autres faits eurent assurément le même sort, et le XVIII^e siècle ne peut fournir à l'historique de la question qu'une vingtaine d'observations, les unes mal interprétées, les autres incomplètes dans leur relation.

Au XIX^e siècle, des faits nouveaux se succèdent plus rapidement, sont étudiés de plus près, et en 1813, Deneux, neveu de Baudelocque, après avoir observé et traité avec succès une hernie inguinale de l'ovaire, fit de cette question l'objet d'une monographie. Son travail portait sur 12 cas dont 9 de hernie inguinale, et il y mettait surtout en relief la nature congénitale de l'affection et les difficultés du diagnostic.

Pendant un demi-siècle, le mémoire de Deneux resta le seul ouvrage d'ensemble sur cette question des hernies

de la trompe de Fallope et de l'ovaire, ces deux organes étant toujours considérés comme inséparables, et de ce fait, les cas publiés isolément en France ou à l'étranger restèrent en partie dans l'oubli, à ce point que *Loumaigné* dans sa thèse de 1869, ne put rassembler qu'une quinzaine d'observations. En revanche, l'auteur s'étend longuement sur les symptômes et le diagnostic, et, moins pessimiste que Deneux, il affirme que ce diagnostic peut presque toujours se faire. Après un autre mémoire de Frank Hamilton et Terry (*Bellevue Hospital Reports* 1870, p. 159), relatant douze observations nouvelles, paraissent des ouvrages moins incomplets dont les considérations générales ont pour base de nombreux faits.

C'est ainsi que le travail d'English (*Esterr. med. Jarbuch*, Wien, 1871), établi sur 38 cas de hernies ovariennes dont 27 inguinales, renferme des déductions intéressantes sur la pathogénie des hernies congénitales ou acquises.

On voit se succéder ensuite :

En 1873, le premier mémoire de Puech : *Des Ovaires et de leurs anomalies*, rédigé d'après le dépouillement de 65 observations, portant toutes sur des hernies inguinales de source congénitale.

En 1874, la thèse de Wibaille (Paris) ayant pour sujet toutes les variétés de hernies de l'ovaire et de la trompe, et ne faisant guère qu'apporter quelques observations nouvelles.

En 1878 (novembre) et 1879 (juin), le second mémoire de Puech, paru dans les *Annales de Gynécologie* et qui, basé sur un total de 40 observations dont 88 de hernie inguinale, est indubitablement le travail d'ensemble le

plus sérieux et le plus complet qui ait été fait sur la question. La statistique de 17 hernies inguinales accidentelles pour 17 douteuses et 54 congénitales fait ressortir la fréquence de ces dernières, dont Puech éclaire d'ailleurs la pathogénie en accordant un rôle prépondérant à la migration de l'ovaire.

D'autres auteurs s'occupent ensuite à intervalles moins marqués, de ces hernies des annexes, et avec une tendance à développer surtout tel ou tel point du sujet.

En 1882, Barnes lit, à la Société de médecine et de chirurgie de Londres, un mémoire sur la *Physiologie de l'ovaire hernié*¹ inspiré par les observations publiées antérieurement, et aussi par quelques observations personnelles. L'auteur tire de ces faits des déductions intéressantes touchant la physiologie normale de l'ovaire et son rôle dans la menstruation.

La même année, paraît un travail de G. Langton (*St. Barth. Hosp. Reports*, Londres, 1882, p. 99-205), sur la hernie de l'ovaire, et basé sur 67 cas observés par lui presque exclusivement chez des enfants, et dont 27 étaient accompagnés d'entérocele.

En 1887, Thomas, fait de la hernie inguinale de l'ovaire le sujet de sa thèse inaugurale (Paris), et consacre quelques pages à un point curieux de l'histoire des hernies ovariennes, celui de savoir si l'on a affaire à un ovaire ou à un testicule chez les sujets porteurs d'un vice de conformation, discussion justifiée par plus d'un examen microscopique.

¹ Reproduit *in extenso* : *American journal of obstetrics*, janvier 1883.

Trois ans plus tard, Boudaille (th., Paris, 1890) revient sur la question un peu incidemment, à l'occasion de la hernie inguinale chez la femme, et enfin, Lejars, qui, en 1889, avait déjà publié dans la *Gazette des hôpitaux* (3 août) un travail sur les néoplasmes de l'ovaire hernié, fait paraître dans la *Revue de chirurgie*, de 1893 (n^{os} de janvier et de février) un article sur les *hernies de la trompe de Fallope seule, sans l'ovaire*. On conçoit que d'autres auteurs n'aient pas entrepris avant lui l'étude de ce point particulier, puisqu'en remontant au début du siècle il n'a pu réunir que neuf observations, y compris un cas personnel. Entre la publication de chacune, il s'était toujours passé un nombre d'années assez considérable. Sur ces 9 cas, 4 seulement avaient trait à des hernies inguinales. L'histoire de la malade opérée par M. le professeur agrégé Jaboulay, trouvera place à leur suite, l'examen histologique ayant démontré l'absence complète d'ovaire.

La hernie inguinale de ce dernier organe inspire encore un nouveau mémoire, dû à Manega (*Riforma medica*, Naples, février 1894) qui apporte cinq observations personnelles de hernie inguinale de l'ovaire, accompagnée quatre fois de la trompe et une fois de l'intestin. Malgré nos recherches, nous n'avons trouvé aucune publication postérieure à celle de cet auteur, lorsque nous avons pu lire dans la *Revue de chirurgie* (avril 1895) un intéressant travail de Kousmine, de Kasan, suggéré par une nouvelle observation de hernie de la trompe de Fallope, seule, au niveau de l'anneau crural.

L'auteur s'est livré à des recherches expérimentales dont peut bénéficier tout aussi bien la hernie inguinale, et que nous rapporterons plus loin.

Quant aux hernies de l'utérus, elles n'ont pas, à notre connaissance, d'histoire spéciale, et les cas où on l'a vu faire partie d'un sac herniaire sont un peu disséminés dans les mémoires relatant la hernie des annexes.

CHAPITRE II

Anatomie et physiologie pathologique.

La hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire suppose réalisées deux conditions essentielles, nécessaires à sa production : une voie relativement facile à suivre, et de la part des organes eux-mêmes une situation particulièrement favorable, inhérente à leur mode de développement, ou une mobilité exagérée permettant à une force quelconque de les expulser de leur siège normal.

Ces conditions semblent ne pas faire défaut, et nous allons les étudier successivement dans les hernies dites *congénitales*, et dans les hernies *acquises*, de beaucoup les moins nombreuses.

Du côté du trajet herniaire, nous n'avons pas à refaire ici la description anatomique du canal inguinal, et nous arriverons de suite au seul point intéressant pour nous : la persistance anormale du canal de Nück, petit conduit séreux formé par le péritoine autour du ligament rond de l'utérus.

Depuis Nüch qui l'a décrit le premier dans son *Adenographia curiosa et uteris femineæ anatome nova* (Leyde, 1691), presque tous les auteurs ont admis l'existence de ce canal, et parmi eux, Camper, Cloquet, Cruveilhier, Sappey.

Sur 34 fœtus, Camper trouva 26 fois une oblitération complète, 4 fois une perméabilité complète et 4 fois une petite dépression.

L'oblitération de ce canal se fait à des époques variables, et, sur ce point, les auteurs précédents ont des divergences d'opinion : *Cloquet* et *Cruveilhier* pensent qu'on peut le rencontrer à tout âge, même chez des vieilles femmes, tandis que, pour *Sappey*, il est déjà oblitéré au huitième mois de la vie fœtale.

Quoi qu'il en soit, l'existence au moins temporaire du canal de Nüch ne semble pas contestable, et *Puech* affirme l'avoir toujours rencontré chez des fœtus de quatre à sept mois.

En faveur de la persistance du canal après la naissance, *Hugo Sachs*, a recueilli 36 cas de perméabilité complète sur 159 autopsies, et *Féré* qui a fait des recherches analogues également sur plus de 150 cadavres de petites filles, a trouvé 17 fois une persistance partielle ou totale du conduit séreux.

Malgré ces faits, *Duplay* et *Beurnier* (*Anatomie et Physiologie du ligament rond*, th., Paris, 1886), pensent que la fréquence des hernies chez les petites filles est suffisamment expliquée par la facilité de produire un canal artificiel.

Deneux avait déjà fait l'expérience et déterminé la formation d'un cul-de-sac péritonéal par des tractions sur le ligament rond.

Ces deux manières de voir ne se détruisent pas mutuellement, et font, au contraire, constater chez la femme enfant une double prédisposition à la hernie inguinale congénitale.

Par quel mécanisme l'ovaire et la trompe viennent-ils constituer cette hernie ?

On a invoqué comme causes la conformation spéciale du bassin chez l'enfant et la situation élevée des organes génitaux internes qui, dans les premières années, ne sont pas encore descendus dans l'excavation pelvienne.

Il nous paraît rationnel d'incriminer, à l'exemple de Puech, un mouvement de descente exagéré des ovaires, ayant de nombreuses analogies avec la migration du testicule. Le ligament rond en serait l'agent essentiel, et aurait ainsi les propriétés d'un *gubernaculum testis*. De fait, il est constitué par la portion inférieure du gubernaculum de Hunter, qui, dans le sexe féminin, au moment de la migration de la glande génitale, se fixe en un point de son trajet au fond de l'utérus embryonnaire.

Sa portion supérieure formera le ligament utéro-ovarien.

La présence de l'utérus ou plutôt de la partie inférieure des tubes de Müller, fait donc perdre au gubernaculum sa direction générale et modère, par le fait même, la descente de l'ovaire.

Cette manière de voir explique peut-être dans une certaine mesure, pourquoi l'absence d'utérus semble favoriser à un si haut degré la genèse de la hernie congénitale de l'ovaire et surtout de la hernie bilatérale. English, Puech et d'autres auteurs font remarquer cette influence, supérieure de beaucoup à celles d'autres malformations

telles que l'*utérus unicorne* ou *bicorne*, et l'*hermaphrodisme féminin*. Aux seize exemples rassemblées par Puech, nous avons ajouté ici ceux que nous avons pu nous procurer.

Toutefois, empressons-nous de faire remarquer que ces vices de conformation sont loin d'être indispensables à la production des hernies ovariques doubles, et dans les 67 cas dont 9 de hernie bilatérale observés par Langton, les organes génitaux étaient normaux.

Quant aux hernies de la trompe seule, les observations publiées jusqu'à ce jour semblent prouver qu'elles sont surtout accidentelles et provoquées par un relâchement du système ligamenteux utéro-ovarien. La malade la plus âgée, dit Lejars, avait trente-six ans, ce qui suffit presque à éliminer l'idée d'affection congénitale. Dans notre cas cependant, il s'agissait d'une jeune fille n'ayant jamais eu d'enfants, ni de fausses couches, et dont la trompe de Fallope était certainement herniée depuis fort longtemps.

A cet égard, les recherches tout à fait récentes de Kousmine sont même en faveur de la théorie de Cruveilhier pour l'oviducte, qui s'engagerait toujours le premier dans le canal inguinal. Kousmine, en pratiquant des examens cadavériques sur des nouveau-nés, dit, en effet, avoir toujours trouvé les trompes d'une mobilité excessive, et ses mensurations lui ont montré que leur partie moyenne n'était distante de l'orifice inguinal que de 14 millimètres, et leur extrémité distante de 13 millimètres de l'orifice crural.

Avec la persistance du canal de Nück, c'est bien là une prédisposition congénitale de la hernie tubaire.

L'*utérus* lui-même peut se trouver dans des conditions

analogues, et nous rapportons ici une remarquable observation de Krug (*American Journal of Obstetrics*, juin 1890) dans laquelle on voit l'ovaire, la trompe et l'utérus herniés depuis longtemps, chez une jeune fille vierge de dix-huit ans.

A l'autopsie on constata une longueur exagérée des ligaments fixateurs de l'utérus.

C'est un exemple rare et d'ordinaire une pareille disposition ne s'observe qu'à un âge plus ou moins avancé après des grossesses répétées ou des déplacements pathologiques de l'organe. Il est vrai qu'une hernie antérieure de ses annexes sera un premier pas dans ce sens, puisque leurs moyens d'union les rendent pour ainsi dire solidaires dans leurs changements de position.

Tout ce qui contribue à l'accroissement de volume de l'utérus, ou peut lui donner une situation anormale, comme les grossesses, les tumeurs fibreuses de son tissu, des tumeurs du voisinage, etc., amènera du même coup une elongation du ligament infundibulo-pelvien de Henle, qui rattache à la paroi lombaire l'ovaire et la trompe, et autour duquel se feraient, d'après Schultze, tous les déplacements de ces organes.

A l'occasion d'un effort, une hernie accidentelle peut se produire, et l'utérus aura une tendance à suivre progressivement ses annexes dans le trajet inguinal.

C'est ainsi que les choses se passent pour beaucoup d'auteurs qui se rattachent ainsi à la théorie de Cruveilhier. Cependant Lentz (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1882) veut qu'on fasse une part à la hernie utérine primaire, entraînant l'ovaire à sa suite.

Si l'on en voit peu, dit-il, c'est que l'accident arrive

souvent après la ménopause, et que les malades, n'en étant pas incommodées, ne vont pas consulter de médecin.

Nous voyons, en résumé, que les hernies de l'ovaire et de la trompe sont presque exclusivement congénitales, et que, pour les hernies tubaires pures ou utérines, c'est au contraire l'exception.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique des hernies de la trompe et de l'ovaire est certainement un des points les plus intéressants de leur histoire, grâce à la variété des altérations qui ont pu tomber sous l'œil des opérateurs. Mais ceci ne s'applique guère qu'aux altérations des organes eux-mêmes.

Du côté du sac, en effet, tout se passe habituellement d'une façon à peu près identique. Adhérent au pédicule et à la trompe dans les hernies de date ancienne, il est presque constamment libre au niveau de l'ovaire, disposition qui explique la mobilité parfois si nette de cet organe dans le trajet inguinal.

Toutefois, en raison de sa riche vascularisation, éminemment favorable à la production d'exsudats, on a pu constater dans certains cas que des brides cicatricielles étaient devenues des agents d'étranglement (obs. XI). Cesont ces brides que quelques auteurs ont considérées sans

preuve certaine comme une manifestation du travail d'oblitération du canal de Nüek.

Enfin, altération plus grave, dont le cas de Dolbeau (obs. III) est un exemple, le sac peut s'enflammer et suppurer sous l'influence d'un agent infectieux, dont la présence est expliquée sinon par l'ovaire, du moins par la trompe herniée.

Lejars n'a-t-il pas vu au moment d'une excision de la trompe de Fallope (obs. III) une goutte de muco-pus sourdre par l'orifice ? C'est là un fait important, qui mérite d'attirer l'attention surtout dans les hernies acquises, et sur lequel nous aurons à revenir au sujet des indications opératoires.

Voyons maintenant ce que devient *le contenu du sac*.

L'*ovaire* par sa situation anormale est exposé, on le conçoit, à une gêne circulatoire, à des froissements et même à des traumatismes, qui compromettent sa nutrition ou peuvent provoquer des troubles inflammatoires.

Aussi, un certain degré d'*atrophie* est-il un peu l'apanage des ovaires herniés congénitalement qui supportent pourtant mieux les inconvénients de leur mise à l'étroit. Il se ferait, comme le dit Langton, une sorte d'accoutumance.

D'ailleurs cette altération n'est jamais poussée si loin qu'elle ne puisse donner lieu plus tard à aucun phénomène menstruel, même chez des jeunes filles ayant une absence congénitale du vagin et de l'utérus (obs. VII), ce qui dans des cas semblables serait pourtant à souhaiter.

C'est, en effet, au moment de la puberté que la hernie de l'ovaire commence d'ordinaire à provoquer les phénomènes pénibles, inhérents à la fonction physiologique qui s'éveille.

La *congestion douloureuse*, permanente ou temporaire comme l'écoulement menstruel, constitue la modification la plus habituelle ; mais parfois elle se complique d'une inflammation aiguë pouvant aboutir à l'hémorragie parenchymateuse et même à la suppuration.

Bien que moins exposés, les enfants en bas âge ne sont pas tout à fait à l'abri de ce processus pathologique, et chez les petites malades de Lentz, de Pollard, de Manega, dont nous rapportons les observations, l'excision fut nécessaire malgré une intervention assez hâtive.

Outre ces lésions d'ovarite et les adhérences avec le sac qui ont aussi leur importance puisqu'elles entraînent l'irréductibilité, on a signalé des altérations secondaires diverses.

En premier lieu viennent les *kystes* qu'English a rencontré 5 fois sur 38 cas. Hégar les mentionne à son tour comme une indication de la castration, mais sans apporter de faits nouveaux.

Leur volume est quelquefois énorme. Cazati cité par Beigel parle d'une hernie ovarique grosse comme une tête d'enfant. C'était une portion herniée d'un kyste de l'ovaire contenu dans le bassin, et qui guérit par une ponction suivie d'injection iodée.

Lallement rapporte un cas de kyste hydatique.

Deneux, Balling, Verdier ont vu des kystes dermoïdes.

Sonnenburg a opéré une malade porteur d'un volumineux adénome kystique, et Fargas, de Barcelone, a publié dans les *Archives de Tocologie* de 1890 l'observation d'une femme dont la hernie distendue par un gros kyste réticulaire descendait presque jusqu'à mi-cuisse.

Notons aussi la tuberculose de l'ovaire dont Puech a

mentionné un exemple, et les néoplasmes proprement dits : Chez une femme de soixante ans, sans utérus, Bardenheuer enleva dans la région inguinale une grosse tumeur pesant 750 grammes. C'était un *angiosarcome* de l'ovaire (Rheinstædter, *Centrabl. für Gynäk.*, 1878). Papen en 1759 avait déjà signalé un cas de cancer, et Guersant put observer le cas étrange d'une enfant de trois ans, sans utérus, avec un vagin en cul-de-sac, et dont les deux ovaires étaient cancéreux.

La trompe de Fallope sujette comme l'ovaire aux altérations congestives et inflammatoires, et qui a été trouvée presque toujours adhérente, épaissie, plus ou moins oblitérée, parfois sphacélée (cas de Lejars), n'est pas exempte non plus des autres modifications).

Chez une malade de Werth, une des franges de la trompe présentait une volumineuse hydatide de Morgagni; Dolbeau a relaté un cas de kyste séreux de l'oviducte dans un sac herniaire suppuré (obs. II) et Kousmine, de Kasan, dans la *Revue de chirurgie* (avril 1895), vient de publier une observation de tumeur herniaire crurale formée par une dilatation kystique de la trompe, d'une capacité de 2 litres.

Quant à l'*utérus*, dans les cas assez rares, où il a suivi l'ovaire et la trompe, on a pu le trouver plus ou moins tiraillé, allongé, comme dans le cas de César Hawkins où l'utérus et la trompe formaient un tube de 14 pouces de longueur.

Quelquefois il était gravide (cas de Haller, Balling, Scanzonis), et enfin Schmidt (*Berlin. klin. Wochens.*, 1884) a rapporté un cas de *myome* développé dans une corne utérine (utérus bicorne) herniée.

CHAPITRE IV

Symptômes et diagnostic.

Les hernies de l'ovaire et de la trompe avec ou sans l'utérus se traduisent par des symptômes variés suivant l'âge du sujet, la manière d'être des organes, et les complications diverses qui peuvent venir s'y ajouter.

Pour la trompe seule, il n'y a guère que ces complications qui puissent attirer l'attention sur sa situation anormale tandis que l'ovaire manifeste sa présence dans le canal inguinal par des signes particuliers qui relèvent directement de son rôle physiologique.

Aussi, ne les trouve-t-on pas encore chez les enfants dont la plupart ne semblent nullement incommodées de leur *ectopie ovarienne*. Celle-ci est souvent découverte par hasard, et on constate alors au niveau de l'anneau inguinal, presque dans la grande lèvre, la présence d'une petite tumeur ovalaire, réductible ou non, mais que l'on peut toujours mobiliser dans une certaine mesure.

La *douleur à la pression* assez rare à cet âge peut fournir au contraire au moment de la puberté, de précieux renseignements.

Pour Puech, la sensibilité de l'ovaire à l'état hygide est exquise, et elle n'a pu être mise en doute que faute d'y avoir regardé.

Quelques observateurs ont signalé une *sensation spéciale, douloureuse et voluptueuse* à la fois, explicable peut-être par l'hypothèse d'une congestion instantanée et passagère.

Loumagne raconte, en effet, que, chez sa malade, l'organe de flasque et d'inégal devenait plus dense et dur à sa surface, sous l'influence des tentatives de taxis.

C'est là un symptôme qu'il ne faut pas s'attendre à retrouver souvent, car toute sensibilité peut malheureusement disparaître par le fait d'un processus atrophique (obs. XIX).

Quand l'ovaire a conservé ses fonctions, on voit cette sensibilité s'exagérer aux époques menstruelles, et les douleurs peuvent survenir spontanément, coïncidant avec une augmentation manifeste du volume de la glande.

Les malades éprouvent quelquefois des sensations de tiraillement rapportées par elles à la région lombaire, à l'hypogastre ou aux fosses iliaques.

Les rapports sexuels, la marche, ou même une simple flexion de la cuisse, le décubitus sur le côté opposé à la hernie, ont été signalés dans certains cas, comme autant de causes d'exaspération de la douleur.

Tout cela est d'ailleurs bien variable, et tandis que certaines femmes ont pour leur hernie une véritable tolé-

rance, on en voit qui sont condamnées à une incapacité de travail absolue.

Percival, Pott, Imbert, Meadows et d'autres auteurs en ont cité des exemples.

Ces troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue, seront presque toujours des signes de présomption, quelquefois de probabilité, en faveur d'une hernie de l'ovaire ; mais ceux que donnera l'examen approfondi du malade, les symptômes *objectifs* constitueront la véritable base du diagnostic, et seront d'ailleurs les seuls auxquels on puisse avoir recours dans les hernies de la trompe seule ou de l'utérus.

A cet égard, deux points sont à élucider :

1° La tumeur est-elle herniaire ?

2° Quel en est le contenu ?

La présence du collet du sac et l'existence d'un pédicule se prolongeant dans la cavité abdominale répondront à la première question, s'ils peuvent être perçus. En tout cas, il faut avoir présentes à la mémoire, pour ne point y tomber, les erreurs de diagnostic de Percival Pott et de Lassus qui crurent à des ganglions, de Guer-sant, qui pensa à une tumeur enkystée de la grande lèvre, et de Lücke, qui prit la hernie de l'ovaire pour un lipome.

Quant au contenu, sa détermination demande parfois beaucoup de sagacité, et de toutes les tumeurs de l'aîne, la hernie de l'ovaire est celle qui a le plus souvent donné le change.

La confusion pourra se faire avec les *kystes du canal de Nûck*, l'*entérocele*, l'*épiplocèle*, et même chez les sujets de sexe douteux avec l'*ectopie testiculaire*.

Les kystes du canal de Nück ont pour caractères leur consistance toute différente de celle de l'ovaire, leur aspect translucide, et enfin leur immobilité absolue. En tout cas, dit Langton, une ponction exploratrice lèvera les derniers doutes. Mais, comme cet auteur le constate lui-même, ce moyen d'investigation n'est pas sans danger, et la conséquence en a été parfois des phénomènes inflammatoires analogues à ceux de l'orchite aiguë.

L'idée d'*entérocèle* sera éliminée par la forme de la tumeur, sa consistance, l'absence de son tympanique, la réductibilité sans gargouillement, ou l'irréductibilité sans signes d'étranglement, ceci cependant avec quelques réserves, ainsi que le montre le cas de Holst et Filling (obs. XIV) qui prirent l'ovaire et la trompe herniés pour une anse intestinale remplie de matières.

Le diagnostic présentera aussi quelques difficultés quand l'ovaire sera accompagné d'intestins, et cela n'est pas rare, puisque sur 67 cas personnels chez des enfants, Langton (*loc. cit.*) a rencontré 27 fois cette particularité. Il fallait toujours, dit-il, réduire l'intestin avant de pouvoir reconnaître l'ovaire hernié.

Avec l'*épiplocèle*, la confusion a été souvent faite, car si la plus grande finesse du pédicule, la forme ovoïde de l'ovaire, ne sont pas des données suffisantes pour faire la distinction, on ne doit pas oublier que les signes fonctionnels dont nous avons parlé ne sont pas absolument constants.

C'est alors qu'il faudra rechercher les deux signes pathognomoniques de la hernie des annexes de l'utérus, par le toucher vaginal et l'examen bi-manuel.

Nous voulons parler de l'*inclinaison de l'utérus* attiré

du côté de la hernie et de la *transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés au col*.

Les examens cadavériques ont en effet démontré que l'utérus tout entier est modifié dans sa position. Généralement le col est élevé pendant que la corne utérine correspondant à l'ectopie est entraînée en avant par une sorte de mouvement de torsion.

Ce déplacement déjà noté par Lassus existe dans tous les cas à des degrés divers, mais il n'a rien de spécial. Il acquiert au contraire une importance réelle, si l'on cherche à le corriger avec le doigt, l'autre main étant appliquée sur la tumeur.

Comment doit-on exécuter cette manœuvre ?

Il faut :

1° Introduire l'index aussi profondément que possible dans le cul-de-sac utéro-vaginal, du même côté que celui où existe la hernie, pendant que la tumeur est serrée entre le médius, le pouce et l'index de l'autre main.

2° Pousser brusquement l'utérus du côté opposé, et on constate à chaque secousse que la tumeur exécute sous la peau un glissement léger, mais très manifeste dans le même sens.

Les secousses occasionnent en même temps de légers tiraillements dans le côté correspondant du bas ventre, et quand elles sont trop fortes, on constate que le déplacement de l'utérus est limité par une résistance insurmontable.

Quand la hernie est double, on poussera successivement des deux côtés. En poussant directement d'avant en arrière, on agit quelquefois sur les deux tumeurs ; mais on constate surtout une grande fixité de l'utérus, une sorte

d'enclavement. Le col est alors sur la ligne médiane et a son méat dirigé plus ou moins en arrière (Puech).

Le plus habituellement, le doigt suffira à faire constater ce symptôme, mais on peut aussi recourir à l'hystéromètre, et suivant le conseil de Huguier, il faudra alors agir avec le côté convexe de l'instrument, de façon à ce que son extrémité ne risque pas de produire une rupture.

Les résultats seront tout à fait identiques, chaque mouvement de translation de l'utérus déplaçant visiblement la hernie.

Ce symptôme, qui donne pour ainsi dire la certitude absolue, peut malheureusement faire défaut quand le ligament de l'ovaire ou le ligament large ont subi une élongation considérable (obs. XIX).

De plus, la manœuvre nécessaire pour le découvrir n'est pas toujours praticable, et on comprend que s'il s'agit d'une enfant ou d'une jeune fille on se heurte à des difficultés.

Nous avons dit que le diagnostic de la hernie de l'ovaire pouvait encore se faire avec l'*ectopie testiculaire*.

Il y a en effet matière à confusion chez les sujets présentant des modifications dans le type fondamental des organes génitaux.

Le développement exagéré du clitoris, l'absence d'utérus et de vagin, coïncidant ou non avec un habitus extérieur un peu masculin, seront autant de caractères sur lesquels devra se porter l'attention. Il est à croire cependant qu'il s'agit bien d'ovaires, quand on constate périodiquement les phénomènes du molimen menstruel.

Rien de semblable ne s'était produit chez la malade de Chambers (obs. XXII), où l'examen histologique démon-

tra que les deux corps herniés dans l'aîne, étaient des testicules incomplètement développés. Malheureusement, cet examen n'a pas été pratiqué dans tous les autres cas analogues.

Cette anomalie trouve son explication dans le développement embryologique de la glande génitale, qui, à un moment donné peut devenir indifféremment un testicule ou un ovaire, ou même une glande hermaphrodite, comme chez certaines espèces de la série animale.

Les hernies inguinales de la *trompe de Fallope seule*, ainsi que nous l'avons annoncé dès le début de ce chapitre, n'ont pas de signes spéciaux qui puissent les indiquer nettement, et, suivant la remarque de Lejars, si l'intervention est nécessaire, on s'attend toujours à découvrir autre chose dans le sac.

Les indications tirées du déplacement de l'utérus semblent cependant d'un aussi réel secours que pour les hernies de l'ovaire, mais les symptômes fonctionnels manquent, et l'attention n'est pas attirée de ce côté.

En est-il de même des *hernies de l'utérus* ?

Ce point est mal élucidé, sans doute à cause de la rareté des cas observés.

Comme le dit Lentz, la hernie de l'utérus se produit surtout après la ménopause, et les femmes, n'en étant pas incommodées, ne viennent pas consulter de médecin.

Aussi la situation anormale de l'organe dans le canal inguinal n'a-t-elle guère été vue qu'au moment des interventions, et presque toujours il s'agissait de hernies

acquises, accompagnées d'une quantité plus ou moins considérable d'intestin ou d'épiploon.

Krug (obs. XXIV) considère son cas comme le seul où le diagnostic ait été fait par le simple examen de la malade.

L'utérus était réductible, et avec un doigt dans le rectum et trois doigts de l'autre main sur la tumeur, on pouvait le faire passer alternativement du sac herniaire dans la cavité abdominale et *vice versa*.

Nous dirons donc que la hernie de l'utérus réductible est susceptible d'un diagnostic certain, tandis que la hernie irréductible ne peut être que supposée, à moins qu'une grossesse intra-herniaire ne vienne trancher la question définitivement.

CHAPITRE V

Complications. — Pronostic.

Outre les souffrances et les malaises continuels auxquels sont soumises certaines malades, les hernies de la trompe et de l'ovaire exposent à des accidents d'une certaine gravité se rapportant aux trois chefs suivants :

1° *L'étranglement* ;

2° *L'infection et la suppuration du sac*, pouvant amener une péritonite généralisée ;

3° *La grossesse*, surtout si l'utérus a été attiré en tout ou partie dans le sac herniaire.

L'étranglement est la complication de beaucoup la plus fréquente. On l'a observé à tout âge, et les cas d'enfants âgés de moins de six mois (obs. X, XI et XII) indiquent suffisamment que l'activité physiologique de l'ovaire n'est pas une condition nécessaire à sa production. Cet organe peut d'ailleurs ne pas exister dans le sac, et avec trompe seule, l'étranglement se manifeste par des symptômes identiques.

Presque toujours ces symptômes en ont imposé pour une hernie intestinale ou épiploïque, et nous n'avons pas trouvé d'observation, relatant un diagnostic fait avant l'intervention, chez des malades vues pour la première fois. Cette constatation prouve combien il serait aléatoire de prendre à la lettre les caractères différentiels décrits après coup entre l'étranglement intestinal ou épiploïque et l'étranglement tubaire ou ovarien.

De part et d'autre, on le voit débiter par des douleurs vives au niveau de la hernie, qui devient tendue et douloureuse et prend parfois, au bout d'un temps variable une teinte rouge sombre.

Les symptômes généraux suivent peut-être à moins brève échéance : mais l'anxiété respiratoire, la torpeur de l'agitation, le facies grippé, les phénomènes réflexes, tels que fourmillements ou spasmes musculaires, se remarquent comme dans l'étranglement intestinal.

Le *météorisme abdominal* ainsi que *l'arrêt complet des matières et des gaz* ont souvent fait défaut ; mais l'existence de ces signes n'est pas incompatible avec celle d'une simple hernie tubo-ovarienne (obs. XX), et ne saurait à ce titre servir de base au diagnostic.

D'après Mullert (*Journal der Chirurgie und Augenheilkunde*, Band IX, p. 482), le tableau complet de l'étranglement, pourrait s'expliquer : Le ligament de l'ovaire et le ligament rond, fortement tendus, constitueraient une sorte de pont sous lequel pourrait s'engager et s'étrangler une anse intestinale. La réalisation de ce fait ne paraît pas impossible, bien que ce ne soit là qu'une hypothèse.

Quoi qu'il en soit, le résultat reste le même au point de

vue pratique puisque l'intervention est de règle, et que malgré l'erreur de diagnostic toutes les malades opérées ont guéri parfaitement.

L'étranglement tubo-ovarien semble avoir en effet une bénignité relative, bien que le sac herniaire et par suite le péritoine ne soient pas à l'abri des causes d'infection.

La *suppuration du sac* avec péritonite généralisée a été observée par Dolbeau (obs. III), et si des accidents semblables sont aussi rares, c'est peut-être grâce à l'oblitération précoce de l'oviducte, qui contracte rapidement des adhérences.

Les hernies acquises et étranglées, peu de temps après leur apparition, exposeraient davantage à cette complication, et Lejars parle dans son mémoire de l'odeur de sphacèle que dégageait le contenu du sac chez sa malade (obs. II).

Cette revue des accidents infectieux dans la hernie de l'ovaire et de la trompe implique donc certaines réserves au point de vue du pronostic, malgré le nombre de cas considérable où tout s'est passé d'une façon simple.

Que dire au sujet d'une *grossesse éventuelle* Le médecin peut être consulté à cet égard, comme il arrive à Courty qui demeura perplexe.

On a accusé les ectopies d'entraver la marche régulière de la grossesse utérine, de favoriser l'avortement et les présentations vicieuses du fœtus. Cependant, dans le cas de Deneux, si la malade eut une gestation laborieuse, la grossesse arriva à terme, et chez les malades de Widerstein, de Rizzoli, d'Olshausen, rien ne fut changé dans l'ordre naturel des choses.

La grossesse peut survenir alors même que la hernie est double : Beigel et Jones Makeig en ont cité chacun une observation probante.

On ne devra pas oublier néanmoins que ce sont là des faits exceptionnels, et que la hernie des annexes de l'utérus, en prédisposant l'ovaire à de nombreux processus morbides, ou en gênant la fécondation, a pour conséquence probable la stérilité.

Quant aux grossesses intra-herniaires tubaires ou utérines, on conçoit qu'elles ne sont qu'une complication de plus.

CHAPITRE VI

Traitement.

A l'égard du traitement, la ligne de conduite sera souvent donnée par la malade elle-même selon que son infirmité sera facilement supportable, ou au contraire gênante et douloureuse.

L'enfant fait le plus souvent partie de la catégorie qui ne se plaint pas, puisque la hernie n'est souvent découverte que par hasard.

Le taxis réussira fréquemment, et la statistique de Langton nous montre que, sur 67 cas de hernie inguinale de l'ovaire, la moitié au moins étaient réductibles d'emblée et la plupart des autres après le port plus ou moins prolongé d'un bandage.

Chez l'adulte qui éprouve presque toujours des phénomènes pénibles du côté de sa hernie l'intervention sera nécessaire, si le taxis et le bandage sont impuissants.

A cet égard, Puech proteste contre l'entrain avec lequel

on a extirpé parfois les ovaires herniés. Créer des eunuques sans absolue nécessité, dit-il, est un acte blâmable au premier chef, une véritable aberration.

Pour cet auteur, l'ablation n'est justifiée que par un état pathologique échappant aux ressources de l'art.

Il faudrait en excepter :

1° Les lésions amenées par la congestion hémorragique et la phlegmasie ;

2° Les kystes de médiocre volume. Dans ce cas on pourrait exciser le kyste avant de réduire la portion saine de l'ovaire (observ. de Brych et Owen), ou bien faire une ponction suivie d'*injection iodée*, ce que Cazati aurait pratiqué avec succès pour un kyste égalant en volume une tête de fœtus.

Cette réserve extrême, préconisée par Puech, ne serait peut-être pas toujours pour le plus grand bien du malade et nous lui ferons les objections suivantes :

1° Réduire un ovaire atteint d'une phlegmasie intense peut être inutile ou dangereux, car les deux conséquences possibles sont : l'atrophie progressive de l'organe ou bien sa suppuration dans la cavité péritonéale. L'ovaire risquera tout au moins de contracter des adhérences qui seront la source de troubles futurs.

2° L'injection iodée, malgré le succès de Cazati ne peut amener une guérison certaine et risque par contre de provoquer une inflammation du sac et du péritoine.

Cette méthode palliative, si elle est parfois susceptible de produire de bons effets, n'est pas moins responsable de certains accidents graves, qui pourront survenir inopinément après une amélioration trompeuse. Tel est le cas de Courty, dont une malade, soulagée momentanément par les

antiphlogistiques locaux, succomba en peu de temps à une péritonite mortelle.

Il faudra donc opérer, réduire les organes s'ils sont sains, pratiquer l'excision s'ils ne paraissent pas susceptibles d'effectuer un retour favorable vers leur état normal.

CONCLUSIONS

I. La hernie inguinale de l'ovaire, plus fréquente de beaucoup que les autres variétés est presque toujours congénitale, malgré de nombreux exemples de hernies vraiment accidentelles. La forme congénitale a pour cause la persistance du canal de Nüch, et peut-être une descente exagérée de l'ovaire comparable à celle du testicule.

II. Presque aussi souvent *double* qu'unilatérale elle coïncide fréquemment dans ce cas, avec des malformations des organes génitaux qui sont par ordre de fréquence : l'absence apparente ou réelle de l'utérus, l'hermaphrodisme, l'utérus unicorne ou bicorne.

III. La trompe se trouve toujours avec l'ovaire dans les hernies inguinales congénitales, mais comme dans notre cas, elle peut exister seule.

IV. Contrairement à la hernie de l'ovaire, la hernie de

la trompe seule est le plus souvent acquise, et se trouve plus fréquemment à l'anneau crural (six hernies crurales pour quatre inguinales).

V. L'utérus ou une de ses cornes ont été trouvés plus de dix fois dans le sac herniaire. Presque toujours consécutive à des grossesses répétées, la hernie de l'utérus peut cependant se produire par suite d'une disposition congénitale.

VI. Le diagnostic de hernie de l'ovaire ou de la trompe sera facilité par le caractère particulier de la sensibilité de la tumeur, son augmentation de volume au moment de la menstruation, l'inclinaison de l'utérus du côté de la hernie, et surtout la transmission à la tumeur des mouvements en sens inverse imprimés au col.

Ces signes peuvent cependant faire complètement défaut.

VII. Le diagnostic de hernie de l'utérus ne sera guère possible en dehors de l'état de grossesse, que si l'organe est réductible.

VIII. La grossesse peut être gênée dans son cours par la hernie des annexes, capable de provoquer l'avortement. L'accouchement normal est cependant possible.

IX. Le traitement est variable avec l'état de l'ovaire.

a) S'il n'y a pas de symptômes douloureux, tenter la réduction; et, si on échoue, faire porter un bandage. Chez les enfants surtout, c'est un moyen d'obtenir la réductibilité.

b) S'il y a des douleurs vives et des symptômes de

congestion, employer les antiphlogistiques (glace), ou intervenir.

c) Dans les cas d'étranglement, intervenir au plus tôt.
Réduire l'organe s'il est encore sain.

L'extirper complètement s'il est trop infiltré ou dégénéré.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

POLLOSSON (M.)

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle). — Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, salle Saint-Paul.
— *Hernie inguinale de la trompe de Fallope sans l'ovaire.*

M... A..., domestique, âgée de vingt-trois ans, célibataire, n'ayant jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Depuis l'âge de dix ans, les règles se sont succédé régulièrement tous les quinze jours, durant quatre ou cinq jours chaque fois, et ne s'accompagnant jamais de douleurs dans la région inguinale.

Au mois de décembre dernier, la malade ayant lavé du linge une bonne partie de la journée, le deuxième jour de ses règles, les vit s'arrêter brusquement le soir même. Elle éprouva quelques malaises des nausées, un peu de céphalée, puis tout rentra dans l'ordre, mais les règles n'ont pas reparu. Cette anomalie n'a d'ailleurs pas entraîné de phénomènes morbides spéciaux.

La malade éprouvait simplement quelques douleurs en ceinture

au moment où l'écoulement menstruel aurait dû réapparaître, et sans prédominance d'un côté plutôt que de l'autre.

Il y a dix jours, en soulevant un ballot de linge, elle ressentit une douleur subite dans le ventre, douleur mal localisée d'abord, et qui se fixa ensuite dans la région inguinale gauche.

L'accident s'était produit à 4 h. 1/2 du soir, et la malade dit ne s'être aperçue qu'à 10 h. 1/2 d'une petite tumeur existant au niveau de la région douloureuse.

Il y eut simplement quelques nausées, sans vomissements ni météorisme, et la malade put reprendre son travail dès le lendemain. La tumeur disparaissait pendant le repos de la nuit, il n'y avait pas de souffrances bien vives, et ce n'était que le soir après une journée assez pénible qu'elle devenait appréciable et un peu douloureuse au palper.

La malade entre à l'hôpital uniquement parce que cette tumeur l'inquiète et pendant deux jours, elle va et vient sans être trop incommodée.

Opération — A l'ouverture de la tumeur qui est de la grosseur d'une noix et un peu allongée dans le sens du trajet inguinal, on ne trouve ni intestin, ni épiploon, mais seulement un cordon un peu dur qui rampe sur la paroi inférieure du sac, et dont l'extrémité étalée en pavillon s'insère sur la grande lèvre. Cette extrémité est flanquée d'un corps ovoïde, de la grosseur d'une petite amande verte et qui paraît être un ovaire atrophie. Quant au cordon, il se continue à travers l'orifice supérieur du canal inguinal bridé dans son trajet par des adhérences avec le sac. On ne peut songer, pour cette raison, à réduire cet organe qui est certainement la trompe de Fallope, malgré l'absence des sinuosités typiques. Après isolement du sac, le pédicule est lié en masse et réduit après excision.

On place un petit drain dans l'angle interne, et la plaie est fermée.

Les suites opératoires furent simples, et malgré un peu de suppuration, la malade sort complètement guérie au bout de trois semaines.

L'examen histologique fait par M. Bargeon, interne du service,

a montré que l'ovaire n'existait pas dans le sac, et que le corps ovoïde qui avait pu faire croire à sa présence n'était qu'un amas de tissu conjonctif, englobant l'extrémité de la trompe.

Cette dernière était épaissie dans ses parois, son orifice à peine distinct, et l'épithélium dépourvu de ses caractères normaux.

Il s'agit donc là d'une hernie de la trompe seule. D'après l'aspect à l'ouverture du sac et l'examen histologique, elle était de date ancienne, et même probablement congénitale.

OBSERVATION II (résumée). — *Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine droite et de la vessie. — Étranglement. — Excision de la trompe. — Déchirure et suture de la vessie. — Fistule urinaire consécutive.* (Lejars, *Revue de chirurgie*, janvier 1893.)

Femme de trente-neuf ans, ayant constaté depuis quelques jours seulement dans l'aîne droite une tumeur qui devint presque immédiatement douloureuse et irréductible. En même temps les signes suivants se montrent : Peau chaude, température de 39 degrés, nausées continuelles, quelques vomissements sans caractère spécial ; pas de selles depuis trente-six heures. Ventre ballonné sensible à la pression, surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite.

A l'examen on constate la présence au-dessus du pubis d'un fibrome de l'utérus, qui s'était d'ailleurs manifesté par des métrorragies antérieures.

Dans l'aîne, la tumeur est de la grosseur d'un œuf, tendue, rouge à la surface, mate et obscurément fluctuante. Elle est irréductible et très douloureuse.

Diagnostic de hernie intestino-épiploïque étranglée.

Opération. — Dans le sac, liquide rougeâtre très odorant et en quantité notable, ni intestin, ni épiploon, mais seulement la *trompe de Fallope, étranglée et noirâtre*, et dégageant une odeur fétide. A l'orifice dilaté on fait sourdre une goutte de muco-pus. Pas d'adhérences avec le sac. On excise après avoir

attiré au dehors un peu de la portion saine qui se continuait dans l'abdomen. Cautérisation du pédicule.

Au cours de la cure radicale, il se produit une large déchirure de la vessie, herniée également et adhérente au sac.

La malade garde une fistule urinaire pendant quatre mois, après quoi, guérison complète.

OBSERVATION III (résumée). — *Hernie inguinale de la trompe contenant un kyste séreux. — Suppuration du sac. — Ouverture. — Mort.* (Dolbeau, Société anatomique, 1854, p. 72, cité par Lejars.)

Il s'agit d'une malade entrée à l'hôpital avec une tumeur de la région inguinale, rouge, fluctuante et douloureuse.

Après incision et évacuation du pus, survint une péritonite intense, qui emporta rapidement la malade.

A l'autopsie, on trouva uniquement la trompe utérine avec un kyste séreux dans sa cavité, le tout, au milieu du sac herniaire qui avait suppuré.

L'ovaire était resté à l'orifice interne du canal inguinal.

OBSERVATION IV (résumée). — *Cure radicale d'une hernie de l'ovaire gauche. — Ablation de la trompe et de l'ovaire. — Guérison.* (Dor, *Lyon médical*, novembre 1891.)

Mlle C... Père et grand-père hernieux. A l'âge de sept ans, elle s'est aperçue qu'elle était atteinte d'une petite hernie inguinale gauche, et porta un bandage depuis ce moment.

A seize ans, menstruation, peu de phénomènes douloureux ; jamais d'augmentation de volume de la hernie.

La réduction qui a pu se faire pendant longtemps est impossible depuis quelques années.

Douleurs lombaires au moindre effort et pendant la marche.

A l'entrée, la petite tumeur, dure et un peu douloureuse à la

pression. D'après sa forme et ses dimensions, M. le professeur Poncet pense à un ovaire en ectopie. Le diagnostic fut vérifié par l'opération.

On trouva un sac mince avec collet mince et donnant au doigt la sensation d'une bride coupante. L'ovaire de volume normal était très blanchâtre et présentait à sa surface de petites cicatrices. Le ligament se confondait avec les parois du sac.

Ne pouvant réduire complètement, on excise la trompe et l'ovaire. Suture facile des piliers.

A l'examen, on voit qu'à la coupe, l'ovaire présente trois ou quatre petits kystes du volume d'un pois, et trois petits caillots.

La trompe est oblitérée et se termine en cul-de-sac à 7 ou 8 centimètres du pavillon. Cette oblitération est probablement due à un processus inflammatoire, provoquée par la bride que l'on sentait au niveau de l'orifice interne.

La malade est guérie parfaitement et ne souffre plus du tout.

OBSERVATION V. — (Lucas Championnière).

Femme de quarante-deux ans. Hernie inguinale droite de l'ovaire avec épiploon. Fusion de ces deux éléments dans la grande lèvre. Douleurs très vives au moment des règles. Opérée le 7 juin 1887. Extirpation de l'ovaire et de l'épiploon herniés.

Guérison le douzième jour.

OBSERVATION VI. — (Lucas Championnière.)

Femme de cinquante-deux ans. Hernie inguinale droite très ancienne, petite, toujours douloureuse. A gauche, hernie volumineuse, mal contenue, formée par l'ovaire, la trompe et une faible portion d'épiploon. Opérée de sa hernie droite le 30 août 1887. Pas de viscères mais sorte de cloisonnement. Opérée le 14 février 1888 de sa hernie gauche. Ouverture d'un sac épais qui contient une petite quantité d'épiploon adhérente au sac. Résection de cet

épiploon. Derrière on trouve la trompe qui fait partie du sac, et le ligament rond. En tirant sur ce dernier, l'ovaire est attiré.

Excision de ces organes. Guérison.

OBSERVATION VII. — *Hernie inguinale double de l'ovaire.* —
Pas d'utérus ni de vagin. — *Congestion douloureuse de chaque ovaire alternativement au moment des règles.*
(Barnes, — *Annales de gynécologie*, 1883.)

Fille de dix-neuf ans, n'ayant jamais été menstruée. Dix-huit mois auparavant, elle avait vu paraître dans la grande lèvre droite un gonflement douloureux qui bientôt disparut de lui-même. Quatre ou cinq mois après, réapparition des mêmes phénomènes. Oldham trouve alors une tumeur du volume d'un œuf d'oie, qui située entre l'anneau inguinal externe et la grande lèvre est tendue et ferme ; les tissus voisins sont enflammés et douloureux. Du côté gauche est un corps ovale du volume d'une noix, émergeant juste de l'anneau externe et rentrant facilement dans le canal. C'est l'ovaire gauche à l'état de repos. Pas de traces d'utérus ni de vagin ; les glandes mammaires sont bien formées. Le Dr Oldham vit souvent la patiente. Elle se maria. Pendant trois ans, l'ovaire droit fut seul augmenté de volume ; puis pendant deux ans, ce fut l'ovaire gauche qui fut affecté des phénomènes que nous allons décrire, le droit au contraire paraissant se reposer. L'arrivée du nîsus menstruel se faisait quelquefois sentir brusquement ; elle se couchait le soir sans rien présenter de particulier, et le matin l'ovaire était volumineux.

Plus généralement cependant l'augmentation de volume de l'ovaire était graduelle, durait quatre jours pour diminuer ensuite peu à peu ; le processus complet mettait en général de dix à douze jours pour évoluer.

L'ovaire doublait ainsi de volume et prenait une forme aplatie qui montrait bien que l'organe tout entier entraînait à ce moment en fonction. Du reste, la jeune femme n'éprouvait point de souffrances ;

aucun phénomène sympathique ne traduisait la suppléance du flux menstruel.

OBSERVATION VIII. — *Hernie inguinale double et réductible de l'ovaire. — Pas de phénomènes de menstruation. — Absence de l'utérus et du vagin.* (Banres. — *Annales de gynécologie*, 1883).

Fille de vingt ans, jamais réglée, de santé faible. Mamelles néanmoins développées et bassin bien conformé.

Les deux ovaires herniés et réductibles avaient le volume d'une petite noisette et présentaient au toucher une notable dureté. Pas de trace de vagin ni d'utérus.

OBSERVATION IX. — *Hernie inguinale double de la trompe et de l'ovaire. — Absence de vagin. — Pas de menstruation.* (Parker. — *Brit. Med. Journ.* Londres, 1893).

Une domestique âgée de vingt-quatre ans, a été admise en septembre 1888 pour une double hernie inguinale, apparue il y a sept ans, et douloureuse depuis cinq ans. Onze mois avant son admission, elle portait un bandage qui aggrava plutôt qu'il n'améliora son affection.

D'après la forme et les caractères de la tumeur, M. Parker soupçonna qu'il s'agissait des ovaires et comme les deux hernies étaient tout à fait irréductibles, il fit une double kélotomie le 12 septembre 1888. Chaque hernie était pourvue d'un sac communiquant avec la cavité péritonéale.

De part et d'autre, le seul contenu était un ovaire paraissant altéré et accompagné de la trompe de Fallope.

La réduction ne paraissant possible par aucune méthode, une ligature fut appliquée sur le collet de chaque sac et on pratiqua l'excision.

La guérison arriva en un mois après une légère suppuration et un bandage fut porté dans la suite parce qu'on percevait une légère impulsion.

Après trois ans toute impulsion a disparu et la malade a cessé le port du bandage.

Elle n'avait jamais été menstruée ni avant ni après l'opération.

Cette anomalie fut expliquée complètement quand on s'assura sous anesthésie que le vagin faisait complètement défaut et que l'utérus n'existait qu'à l'état rudimentaire. En passant un cathéter dans la vessie et un doigt dans le rectum, on pouvait les amener au contact, en refoulant la vessie contre la paroi abdominale.

A la place de l'utérus existait un corps ovoïde peu développé, de la consistance de l'utérus, mais sans col.

Les hernies ovariennes étaient probablement congénitales, mais avaient passé inaperçues jusqu'à la puberté.

Actuellement, la patiente va bien et continue à jouir d'une robuste santé. Elle paraît de plus avoir conservé tous les attributs de son sexe.

OBSERVATION X (résumée). — *Un cas de hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de trois mois. — Excision de l'ovaire et de la trompe. — Guérison.* (Bilton Pollard. *The Lancet*, 27 juillet 1889).

Le 30 mars 1889, une petite fille de trois mois était admise dans mon service, à l'hôpital des enfants de North-Eastern. Depuis un mois, sa mère avait remarqué au niveau de l'aîne, une tumeur qui n'était pas constante et avait à chaque apparition des dimensions différentes. Le 19 mars, on avait ordonné un bandage qui fut appliqué le 20 par un fabricant. On avait supposé alors la hernie réduite. Le 27, le bandage fut enlevé pour permettre de nettoyer l'enfant, et on trouva alors une tumeur irréductible du pli de l'aîne droit. De ce fait, la petite malade fut envoyée à l'hôpital par le médecin de la famille.

Vomissements assez fréquents depuis le 27, mais dans la matinée du 30 il y eut une selle.

Au moment de l'admission, on trouve à l'anneau externe droit une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon qui distendait la partie supérieure de la grande lèvre du même côté. A ce niveau, peau rouge et chaude, rénitence et fluctuation légère, son mat à la percussion. En somme, tous les caractères d'un abcès.

D'après l'histoire de la maladie et les derniers symptômes qui excluaient l'idée d'un étranglement de l'intestin, je pensais à une hernie étranglée de l'ovaire.

Opération. — Les téguments sont oedématiés et agglutinés ensemble. Il s'échappe un peu de liquide trouble teinté de sang. Dans le sac, on trouva l'ovaire et la portion frangée de la trompe de Fallope, très enflammés, de couleur noirâtre et fixés par des adhérences. On ne pouvait songer à les rentrer dans l'abdomen. Donc, ligature du pédicule et excision. Il fallut élargir légèrement l'anneau externe pour réduire le collet du sac que des exsudats inflammatoires avaient rendu fortement adhérent.

Suture des piliers et fermeture de la plaie sans drainage. Légère ascension de la température le soir de l'opération, et le cinquième jour sans cause appréciable.

Au bout de dix-huit jours, guérison complète.

OBSERVATION XI (résumée). — *Hernie inguinale gauche étranglée de l'ovaire chez une enfant de quatre mois. — Excision. — Guérison.* (Manega, *Riforma medica*, Naples, 1894).

11 octobre 1893, enfant de quatre mois issue de parents sains.

D'après la mère, est apparue depuis quatre jours seulement, dans l'aîne gauche, une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse et irréductible.

Augmentation progressive de la tumeur, cris continuels. Ni vomissements, ni arrêt des matières. Actuellement, la peau est

rouge et œdémateuse, mais on ne trouve pas de fluctuation ni de gargouillement. Température, 38 degrés.

Diagnostic de hernie épiploïque enflammée.

Glace *in situ*, et de nouveau, tentative infructueuse de réduction.

Opération. — Dans le sac, ovaire enflammé et trompe de Fallope adhérente à la paroi inférieure. Excision. Guérison le onzième jour.

L'ovaire excisé pesait 20 grammes et l'examen microscopique fit constater une hémorragie parenchymateuse.

OBSERVATION XII. — *Un cas de hernie ovarique inguinale.*
(Lentz, *Gazette médic. de Strasbourg*, 1881. — *Archives de Tocologie*, 1881, p. 608-619.)

Le 28 mars 1881, on amène à la consultation de M. le professeur Backel une petite fille de six mois, orpheline, élevée au biberon par sa tante qui donne au sujet de sa maladie les renseignements suivants :

A l'âge de trois mois elle avait constaté chez la petite malade une tumeur grosse comme une noix au niveau de la région inguinale gauche. Un médecin consulté réduisit la tumeur et ordonna l'application d'un bandage herniaire que l'enfant n'a d'ailleurs jamais porté. Il y a quinze jours la tumeur qui ne s'était pas montrée, réapparaît de nouveau, et résiste cette fois à toutes les tentatives de taxis. L'enfant criait nuit et jour, maigrissait rapidement, et avait des vomissements fréquents. Un peu de constipation, mais pas absence de selles.

Au moment de l'examen, on trouve dans l'aîne gauche, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. La peau est rouge, enflammée. Au palper, la tumeur est dure, rénitente très douloureuse à la pression ; elle n'est pas réductible et correspond par son siège à l'orifice externe du canal inguinal.

L'enfant avait vomi des matières porracées dans la journée et avait eu une selle la veille.

On diagnostique une hernie de l'ovaire, en se basant sur la fréquence relative de cette infirmité chez les enfants, et sur ce fait que la petite malade a eu des selles pendant tout le temps des phénomènes d'étranglement.

On opère séance tenante et voici ce que l'on trouve sous les téguments incisés.

D'abord une tumeur noirâtre du volume d'un œuf de pigeon qui n'est autre chose que le sac herniaire. L'ouverture laisse s'écouler un peu de liquide incolore, et en écartant les lèvres de la plaie on aperçoit au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une tumeur du volume d'une petite prune, d'une couleur rouge foncée très fortement congestionnée, ayant assez la forme d'un rein de lapin se continuant à travers le collet du sac par un pédicule fortement serré. La constriction est tellement forte qu'il est impossible d'introduire une sonde ou un bistouri de Cooper par le collet. Cette tumeur fut reconnue pour être l'ovaire, surtout quand on put constater qu'elle était flanquée d'un morceau de *trompe* de 1 cm. 1/2, se terminant dans le pavillon, et facile à reconnaître.

Dans la crainte d'une péritonite consécutive à la réduction, M. Backel lie le pédicule, et résèque l'ovaire avec 1 cm. 1/2 de *trompe*.

Désinfection. Aucune réunion n'est tentée.

Pansement antiseptique.

L'examen de la tumeur démontre l'exactitude du diagnostic.

Pansement renouvelé deux fois par jour, suivi d'un bain aromatique légèrement phéniqué.

5 avril. — Pouls fréquent. Vomissements répétés. Température 38°9. Le lendemain la fièvre a cessé. Un peu de ballonnement du ventre. Selles diarrhéiques non digérées. Chute du fil.

9 avril. — Depuis la chute du fil et le régime à la farine de Nestlé, les vomissements ont cessé, et l'opérée reprend meilleure mine.

27 avril. — La plaie qui a bourgeonné rapidement est complètement fermée, et la malade sort très bien portante.

Depuis, on ne l'a plus revue.

OBSERVATION XIII (résumée). — *Un cas de hernie ovarique, accompagnée de phénomènes d'étranglement intestinal. — Extirpation de l'ovaire. — Guérison.* (C. Raffo Firenze, in *Lo Sperimentale, Centralb. für Chirurgie*, p. 31).

Femme hystérique de quarante-huit ans. Elle porte depuis la naissance, dans le pli de l'aîne gauche, une tumeur irréductible, qui a pris des dimensions volumineuses depuis quatre semaines. Auparavant, il n'y avait ni tuméfaction, ni douleur, et la malade avait très bien supporté son bandage herniaire.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, signes de catarrhe intestinal dus à de nombreux laxatifs reçus au dehors.

Tumeur peu sensible, la peau qui la recouvre est rouge.

Raffo diagnostique une hernie épiploïque enflammée et institue un traitement de conséquence (glace, etc.).

Tout à coup se déclarent des phénomènes graves d'étranglement (météorisme, pouls petit, etc.).

Herniotomie. — On tombe sur une poche très tendue qu'on prend pour le sac herniaire et qui renferme un liquide gluant. Cette poche est un kyste qui se continue à travers le canal inguinal par un corps solide. Ce corps est l'ovaire gauche.

Le corps de la matrice se trouvait tout près de l'orifice interne du canal inguinal.

Excision de l'ovaire.

Disparition rapide des signes d'étranglement, et atténuation considérable des accidents hystériques.

OBSERVATION XIV (résumée). — *Hernie inguinale droite de l'ovaire et de la trompe. — Excision.* (Holst et Filling, *St-Petersb. med. Wochensch.*, 1885).

Malade de trente-huit ans, mariée, mère de trois enfants.

Elle entra à l'hôpital pour des douleurs très vives, provoquées

par une tumeur de la région inguinale droite, grosse comme une tête de fœtus. Cette tumeur, dit-elle, apparue après son troisième accouchement, était facilement réductible, et ne s'était pas montrée depuis plusieurs années.

Il y a huit jours, accouchement normal. Apparition de la tumeur qui est plus dure que jamais et irréductible.

A la percussion, son mat.

Le lendemain de l'entrée, il y a un peu de diarrhée, langue sèche.

Diagnostic de hernie ancienne étranglée et probablement remplie de matières, ce qui expliquait le son mat.

Le surlendemain, tentatives infructueuses de taxis, même sous le chloroforme.

Il n'y a pas absence de selles.

Opération. — Couches extrêmement épaisses rendant inadmissible l'histoire de la malade. Dans le sac on trouve du liquide citrin, et au fond l'ovaire et la trompe très adhérents.

Excision du sac et de son contenu. Guérison retardée par un peu de suppuration.

OBSERVATION XV (résumée). — *Hernie ancienne de l'ovaire gauche.* — *Premier étranglement suivi de réduction par le taxis.* — *Plus tard, retour de l'étranglement.* — *Insuccès du taxis, nécessité de débrider.* — *Guérison.* — (Balleray, *The American journal of medical science*, octob. 1877, cité par Puech.

Femme de trente-sept ans, sans enfants, affectée depuis longtemps d'une hernie inguinale oblique gauche, étranglée, il y a quelques années et réduite par le taxis. Depuis quatre jours, signes d'un nouvel étranglement, sentiment de défaillance et de prostration, pouvant être comparé à celui que produit une forte compression du testicule.

La tumeur herniaire volumineuse paraît être divisée en deux par un sillon. Peau enflammée.

Ouverture.— On trouve l'ovaire gauche seul, occupant la pointe inférieure du sac, et étranglé par une solide bande fibreuse étendue, d'une paroi à l'autre. Section de la bride et réduction de l'organe malgré un état de congestion intense.

Péritonite qui retarda la guérison.

La hernie se reproduisit et nécessita l'application d'un bandage.

OBSERVATION XVI (résumée). — *Hernie inguinale gauche de l'ovaire et de l'épiploon. — Réduction après opération. Guérison.* — Manega, *Riforma medica.*, Naples, 1894.

Femme de trente ans, réglée à onze ans, toujours régulièrement, mariée à vingt ans, a eu six accouchements normaux.

Depuis la quatrième grossesse, il y a quatre ans, apparition au pli de l'aîne gauche, d'une petite tumeur dure, indolente à la pression, et réductible dans la position horizontale. Pas de bandage. Accroissement progressif jusqu'au volume d'une pomme, et bientôt, réductibilité incomplète. Tuméfaction douloureuse au moment des règles seulement.

Pas de douleurs pendant deux grossesses successives, qui amenèrent pendant leur cours la réduction de la tumeur, celle-ci ayant reparu après chaque accouchement.

La malade vient à la Clinique pour les suites d'un accident. Après son dernier accouchement, il y a dix-sept mois, elle se fit une contusion au niveau de sa hernie, et il se produisit rapidement une tuméfaction douloureuse qui l'obligea à garder le lit pendant trois jours.

Souffrant toujours un peu et ne voulant pas, d'après l'avis de son médecin, rester sous le coup de complications possibles, elle consent à une opération.

Actuellement, les règles ont disparu depuis cinq mois. L'abdomen est refoulé en avant par le développement de l'utérus qui arrive à deux doigts au-dessous de l'ombilic.

Dans la région inguinale gauche, tumeur de la grosseur d'une

pomme, se continuant par un pédoncule dans l'abdomen. Pas d'altération de la peau. Un peu de douleur à la pression. Réduction partielle possible. Son mat à la percussion.

Par le toucher vaginal, on sent l'utérus un peu dévié à gauche, et les mouvements imprimés à l'organe sont transmis à la tumeur.

Diagnostic de hernie de l'ovaire.

Opération. — On trouve dans le sac : un peu d'épiploon, une partie de la trompe et l'ovaire sains. Les adhérences de la trompe rompues, le tout est réduit dans l'abdomen. Guérison le vingtième jour.

OBSERVATION XVII (résumée). — *Développement rudimentaire des cordons de Müller; ectopie congénitale des reins; hernie inguinale double des ovaires; extirpation simultanée des deux ovaires.* — *Guérison rapide.* — (Werth, *Arch. für Gynæk.*, t. XII, p. 132.

Jeune fille de vingt-deux ans, peu développée, à habitus enfantin. Voix un peu rauque. Seins petits et plats. Bassin à caractère infantile, ni utérus, ni annexes.

Un mois après son entrée, violentes douleurs dans les aines, où on trouve de chaque côté un corps du volume d'un œuf de pigeon, comparable au testicule par sa manière d'être et sa sensibilité.

En arrière du pôle supérieur qui correspond à l'anneau inguinal, est un appendice à bord tranchant, très analogue à l'épididyme par la forme et la consistance.

Cessation des douleurs au bout d'une semaine. Les corps herniés sont alors moins volumineux.

La malade dit s'être aperçue de ses deux hernies à quatorze ans. Douleurs revenant depuis cette époque avec le molimen menstruel.

Vu l'inutilité des ovaires, Esmarck en fait l'extirpation.

L'examen des pièces fait reconnaître deux ovaires de volume normal, flanqués de la trompe et d'un cordon charnu qui n'est autre que la corne correspondante d'un utérus bicorne embryon-

naire. A gauche, une des franges de la trompe porte, en outre, une volumineuse hydatide de Morgagni.

Les deux ovaires ont fonctionné, et leur surface inégale est couverte en quelques endroits de cicatrices volumineuses.

OBSERVATION XVIII (résumée). — *Hernie ovarique inguinolabiale droite. — Douleurs très vives. — Ovaire atrophié.* — (Trélat, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1077.

Mélanie A..., fleuriste, âgée de quarante-sept ans, de bonne apparence et bien constituée.

Réglée à dix-sept ans. Elle n'est pas encore à la ménopause, mais depuis deux ans les règles sont moins abondantes et un peu douloureuses. Jamais d'enfants.

Métrorragie, il y a cinq ans.

Depuis plusieurs années, coliques néphrétiques et graviers dans les urines.

Il y a dix-sept ans, en 1870, à la suite d'un effort apparition dans la grande lèvre droite d'une tumeur du volume d'une noix. La malade porte régulièrement un bandage jusqu'à il y a dix-huit mois.

Depuis quatre ans, douleurs dans l'aîne, et développement graduel et lent de la petite tumeur actuelle, bien différente de la hernie, qui, depuis longtemps ne sort plus.

Les douleurs arrivent par accès, ne revenant pas quelquefois pendant douze jours. Irradiations sur la grande lèvre et sur la moitié supérieure et interne de la cuisse. Accroissement de volume au moment des accès douloureux et au moment des règles, et même dans l'intervalle.

Actuellement, on constate à la partie supérieure de la grande lèvre droite, une tumeur du volume d'une petite amande verte, allongée dans le sens même de la grande lèvre. Elle est lisse, unie, de consistance fibreuse, sans adhérence à la peau, mobile sur les parties profondes.

Cette tumeur a toujours été douloureuse à la pression, et depuis

l'entrée, le moindre attouchement fait pousser des cris à la malade.

Utérus en antéflexion et libre de toute adhérence.

A l'hystéromètre on trouve une profondeur de 95 millimètres.

Au palper abdominal, on sent l'utérus remonté à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, très hypertrophié et contenant manifestement des corps fibreux. La corne droite est rapprochée de l'orifice inguinal, ce qui fait penser à la possibilité d'un ovaire hernié, bien qu'on ait songé aussi à un pseudo-névrome, à cause des douleurs si vives accusées par la malade.

Opération. — Résection de la tumeur et d'un pédicule très net et assez volumineux. Guérison après trois semaines.

Examen de la tumeur. — Masse fibreuse renfermant des tractus blanchâtres de fibres élastiques rayonnant vers la périphérie, et des cavités à épithélium cylindrique, telles qu'on en rencontre dans l'ovaire. On constate l'atrophie graduelle de ces cavités, allant de l'état normal à la simple fente linéaire, renfermant encore entre ses lèvres quelques débris de cellules. On note de plus l'existence de produits colorants hématiques, qui a pris naissance à la suite de chutes périodiques d'ovules.

Sur le pédicule, on remarque une petite cupule que l'on avait prise pour une dépression péritonéale, mais qui n'est que la coupe d'une cavité kystique.

A son niveau, on trouve un gros paquet de fibres nerveuses hypertrophiées qui donnent l'explication des douleurs intenses, et de l'irritabilité de la tumeur.

OBSERVATION XIX (résumée). — *Hernie ovarique inguinale droite.* — *Excision de l'ovaire.* — *Guérison.* — (Thomas, thèse de Paris, 1887.)

Malade du service de M. Tillaux. Femme de vingt-deux ans, sans antécédents pathologiques. Bonne santé habituelle. Réglée à treize ans et mariée à dix-huit ans. Jamais d'enfants ni de fausses couches.

Il y a trois ans, elle se donna un coup dans la région du pubis,

ressentit une vive douleur, et en y portant la main, elle perçut du côté droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Jusqu'alors elle n'avait rien remarqué à ce niveau. Cependant ses affirmations n'ont rien d'absolu.

La tumeur resta stationnaire pendant trois ans, sans jamais provoquer de douleurs, ni pendant les règles ni dans leur intervalle.

Il y a six mois, accroissement rapide sans nouveau traumatisme. Un médecin réduisit la masse herniée qui reparut aussitôt. Jamais de bandage.

Actuellement la tumeur située au niveau du tiers supérieur de la grande lèvre droite, a le volume d'un gros œuf de dinde.

La peau n'est pas altérée et est mobile à sa surface.

Pas de douleur à la pression.

Consistance différente suivant le point exploré : En haut, on a la sensation d'une tumeur marbrée et, à la partie inférieure, on trouve de la fluctuation.

La tumeur est irréductible. Légère impulsion pendant la toux.

A la percussion, on a partout une matité complète.

Pas de gargouillement. Nulle part de transparence.

Un peu de douleur à la pression, mais sans caractère spécial. Il n'y a d'ailleurs rien d'anormal au moment des règles, et on ne note aucun signe d'excitation nerveuse.

Rien du côté du ventre. Aucun trouble physique ou fonctionnel du côté des organes génitaux.

Opération : Sous les téguments incisés, poche fluctuante renfermant environ 50 grammes de liquide analogue à celui de l'hydrocèle.

A la partie supérieure de la poche, existe une petite masse du volume d'une châtaigne, reliée au canal inguinal par un pédicule dur, épais, et renfermant lui-même une cavité cylindrique, à paroi lisse et régulière dans laquelle existe un peu de liquide semblable au précédent.

Section du pédicule le plus haut possible.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un ovaire ayant subi par place la dégénérescence kystique.

Guérison en vingt jours.

On avait fait avant l'opération le diagnostic d'épiplocèle, car la sensibilité spéciale des hernies de l'ovaire, la dérivation de l'utérus, ses mouvements transmis à la tumeur par le pédicule faisaient totalement défaut.

OBSERVATION XX. — *Hernie inguinale ovarique. — Symptômes très graves. — Herniotomie. — Réduction de l'ovaire. — Guérison.* — (Neboux. — *Gaz. Med.*, Paris, 1845.)

Le 24 juillet 1841, Neboux trouva sa malade couchée sur le dos souffrant horriblement. Traits tirés, peau sèche, pouls fréquent. Langue chargée. Ventre ballonné, très douloureux à la pression, surtout au niveau de l'ombilic.

Anurie et absence de selles. Vomissements porracés.

Dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur de la grosseur du poing, peu sensible à la pression, pouvant se réduire de moitié, et reprenant facilement son volume primitif.

La malade consent à l'opération le 27, quand les accidents ont atteint leur plus haut degré.

On trouve un peu de liquide séreux dans le sac.

L'ovaire, étranglé à l'anneau interne du canal inguinal, a le volume d'un œuf de pigeon. Il est fortement congestionné,

Débridement au moyen de deux incisions. Réduction de l'ovaire. Excision partielle du sac herniaire. Guérison au bout de quarante jours.

OBSERVATION XXI. — *Hernie inguino-labiale de l'ovaire droit avec gros kyste réticulaire du même organe.* — (Fargas, de Barcelone, *Archives de Tocologie*, Paris 1890, p. 767.

Malade de trente-huit ans. — Lors d'un premier examen, je

trouvai une grosse tumeur occupant la région inguino-labiale droite, et après une hernie facilement réductible dans l'aîne gauche, et dans laquelle on rencontre nettement l'ovaire hernié qui rentra avec facilité.

D'après son dire, j'appris qu'il y a huit ans, le côté droit offrait une complète analogie avec la hernie gauche actuelle, qu'on peut voir dans la photographie, mais, qui doucement augmenta de volume jusqu'au jour où elle devint irréductible, il y a six ans, et depuis cette date, et d'une manière lente et progressive, elle a acquis l'énorme volume qu'on peut voir dans la figure ci-jointe. (A l'observation, est jointe en effet une photographie, représentant la malade avec son énorme tumeur de l'aîne droite, qui descend presque jusqu'à mi-cuisse). Croyant que c'était un ovaire hernié en proie à la dégénérescence kystique, je l'opérai le 27 juillet dernier.

Pendant l'opération, on put vérifier le diagnostic : La tumeur était libre dans le sac péritonéal herniaire ; son ablation fut très facile : je liai le pédicule en comprenant une partie de la trompe, et ensuite je le réduisis en le laissant libre dans l'abdomen, comme un cas d'ovariotomie ordinaire. Après, je dégageai une adhérence épiploïque dans le sac, que je liai aussi pour la rentrer.

Excision de la peau et du sac exubérant, en dégageant ce dernier jusqu'à l'anneau inguinal pour appliquer une ligature.

Réduction et suture cutanée.

Cicatrisation au bout de huit jours. Convalescence rapide.

La tumeur extirpée offre l'aspect typique des kystes réticulaires de l'ovaire, du volume d'une tête d'homme.

On pourrait la confondre avec un kyste du ligament rond ; mais la topographie des organes vérifiés pendant l'opération, l'anamnèse de la malade, et la hernie actuelle de l'ovaire gauche, ne laissent point de doutes. Ajoutons que la malade n'a jamais ressenti le moindre désordre dans la menstruation et que, pendant l'existence de cette tumeur, elle a eu deux accouchements normaux. Seulement elle a observé, ce qui confirme encore le diagnostic, que pendant les derniers mois de la grossesse les deux ovaires herniés restaient réduits, et seulement l'ovaire gauche dans les deux dernières gros-

sesses. Pendant les périodes menstruelles, ces tumeurs herniaires étaient plus sensibles et offraient une grande tendance à rester réduites.

OBSERVATION XXII (résumée). — *Hernie inguinale double de l'ovaire. Jamais de règles. Pas d'utérus ni de vagin. Ablation. Les ovaires sont reconnus être des testicules.* — (Chambers, 1880. — *Société obstétricale.*)

Une femme, du moins prise pour telle, âgée de vingt-quatre ans, a de tout temps remarqué un gonflement dans les plis inguinaux. Jamais de règles ni de molimen menstruel. Court vagin, conique au fond duquel s'ouvre l'urètre. Pas d'utérus. Les deux tumeurs sont enlevées, et leur examen révèle la présence des tubes caractéristiques des testicules. Ils sont toutefois imparfaitement développés.

OBSERVATION XXIII (résumée). — *Développement rudimentaire des tubes de Müller. Hernie inguinale de la corne utérine gauche. Extirpation de cette partie de l'utérus et de l'ovaire gauche.* (Léopold. *Arch. Gynæk.*, 1879).

Sujet âgé de vingt-huit ans. Bonne santé habituelle. Depuis l'âge de quatorze ans, molimen menstruel très régulier, se traduisant par des douleurs vives au niveau de la tumeur inguinale gauche, qui augmentait de volume dès le premier jour, pour revenir vers la fin à son volume normal. Excitation nerveuse extrême.

Mariage à vingt ans. La malade est vue un an après. Dilatation par des tiges de laminaria du vagin qui se termine en cul-de-sac. Pas d'utérus.

Au molimen menstruel qu'il fut donner d'observer, on put voir de la congestion de la face, et une épistaxis accompagnée de rigidité, de claquements de dents, de convulsions des extrémités, et finalement pendant quelques minutes de spasme tétanique. Survint

alors une sueur profuse localisée au bras et à la main droite, à l'exclusion du côté droit de la face et des extrémités inférieures.

Le lendemain la face était enflée et les muqueuses fortement injectées. Pas de fièvre.

Tumeur plus large et plus proéminente, extrêmement douloureuse au toucher. Ces phénomènes durent cinq jours.

Douleurs tellement vives qu'elles provoquèrent plusieurs fois des tentatives de suicide.

Opération et ablation de la tumeur. Ce qu'on avait pris pour l'ovaire constituait le fond de l'utérus réduit à un petit volume. Du pôle le plus externe naissait la trompe de Fallope, et de l'intérieur le ligament rond. Pas de trace de col ou de portion vaginale de l'utérus.

Résection de l'ovaire et de la trompe. On constate alors que l'utérus était bicorne. Résection de la corne gauche. Le molimen menstruel se reproduisit sans accidents et les phénomènes nerveux ne reparurent pas.

L'examen minutieux de l'ovaire montra le développement normal des ovules.

OBSERVATION XXIV (résumée). — *Hernie inguinale congénitale de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire gauche.* — (Florian Krug, *American Journal of Obstetrics*, New-York, juin 1890.)

Jeune fille de dix-huit ans, sans antécédents héréditaires, sans maladie antérieure, mais atteinte d'une pâleur anémique depuis plusieurs années. Réglée à seize ans, très irrégulièrement, souvent à intervalles de huit à dix jours et pendant quelques heures seulement.

Elle a toujours eu dans l'aîne gauche une tumeur qui ne la fait souffrir que depuis quelques mois et augmente de volume.

Actuellement, on trouve la peau et les muqueuses décolorées, mais rien d'anormal au cœur et aux poumons.

Dans l'aîne gauche, on constate la présence de deux tumeurs distinctes, l'une large et piriforme, l'autre de la grosseur d'une châtaigne.

Le toucher vaginal révèle un hymen intact, et un col utérin situé immédiatement derrière la symphyse, et transmettant à la hernie les mouvements qu'on lui imprime. La grosse tumeur piriforme rentre assez facilement dans la cavité abdominale, tandis que la petite reste absolument irréductible.

Par l'examen bimanuel, on s'assure avec certitude que la grosse tumeur est constituée par l'utérus.

Quant à la petite, elle est reconnue être l'ovaire, probablement accompagné de la trompe de Fallope.

Le diagnostic fut donc fait.

Etant donné les dimensions du collet du sac, l'accroissement rapide de la tumeur, et le genre d'occupation de la malade, qui ne pouvait plus travailler, le port d'un bandage fut jugé inutile, et une opération nécessaire.

L'hystérorraphie avec fixation de l'utérus à la paroi abdominale, en laissant le sac vide, aurait pu favoriser la hernie d'autres viscères, et nécessiter une opération ultérieure.

On procéda donc à une cure radicale avec tous les soins antiseptiques possibles, et sous anesthésie à l'éther.

A l'ouverture du sac, il fut impossible de mobiliser et de réduire l'ovaire et la trompe qui étaient très adhérents.

Quant à l'utérus, on le fit rentrer facilement, et un doigt le maintenant en place, une ligature fut rapidement appliquée sur le collet, et le sac excisé avec son contenu.

Les suites furent curieuses : Cinq jours après l'opération sans aucun signe d'infection, ni de péritonite, sans aucune lésion apparente d'un organe quelconque, la malade qui avait eu d'abord une élévation de température inexpliquée, tomba dans le collapsus et mourut.

L'autopsie ne révéla rien du côté du pédicule et de la cavité péritonéale ; mais on trouva une anémie intense des tissus, un cœur dilaté, flasque et blanchâtre, et un rétrécissement anormal de tous les gros vaisseaux.

L'auteur attribue la mort à l'action de l'éther sur un myocarde atteint de dégénérescence.

L'examen des organes pelviens révéla une longueur exagérée des ligaments de l'utérus, qui étaient sinueux et comme repliés sur la face postérieure de l'organe.

Quant à la trompe et à l'ovaire droits, ils étaient adhérents au côté gauche de la matrice.

OBSERVATION XXV (résumée). — *Tumeur herniaire tenant à l'utérus.* — (Schmidt, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1884, p. 400.)

L'auteur a présenté à la Société de médecine de Leipzig un myome trouvé avec l'ovaire dans une hernie inguinale. Il était né, croyait-il dans le ligament rond. La malade avait été examinée par Sænger qui pensait plutôt à un utérus bicorne et à un myome développé dans la corne droite, et hernié jusqu'en dehors de l'anneau inguinal, on ne sait par quel mécanisme.

OBSERVATION XXVI (résumée). — *Hernie inguinale gauche d'origine traumatique. — Ovaire puis utérus. — La hernie détermine des avortements. — Grossesse utérine intra-herniaire.* — Scanzonis *Beiträge zur Geburtsh und Gynæk*, Wurtzburg 1870, cité par Puech.

Il s'agit d'une femme réglée à vingt et un ans, ayant eu d'abord une petite hernie à la suite d'un effort, un mois après ses couches.

Quatre ans après, au moment des règles, la tumeur acquiert le volume du poing, surmontée par un noyau dur, et sensible à la pression.

Le vagin dévié à gauche est relâché par le soulèvement de la tumeur. Une sonde introduite par le col, pénètre jusqu'au fond de celle-ci.

Deux ans après, un nouvel accroissement : mariage, grossesse,

avortement à deux mois et, de ce fait, diminution subite de la masse herniaire qui avait acquis le volume de deux poings.

Au bout de huit mois, nouvelle grossesse ; la tumeur devient fatigante par son poids et devient le siège de douleurs aiguës. Troubles fonctionnels du côté du rectum et de la vessie.

A quatre ou cinq mois, bruit de souffle utérin, mais pas de bruit de cœur fœtal.

A cinq mois, douleurs intolérables. Avortement provoqué par injection d'eau chaude. Fœtus mort, long de 26 millimètres. Délivrance spontanée.

Dès lors, diminution rapide de volume, avec action manifeste de l'ergot de seigle. A la sortie de la malade, le douzième jour, la tumeur n'a plus que 9 centimètres de longueur.

OBSERVATION (résumée). — *Hernie inguinale de l'ovaire droit et de la trompe. — Grossesse intra-herniaire. — Incision de la tumeur et extraction du fœtus. — Guérison.* — (Découverte par Puech dans « *la Véritable Chirurgie établie sur l'expérience et la raison* » de Louis Léger de Gouey, chirurgien de Rouen, Rouen 1716.

Il s'agit d'une jeune fille de la noblesse, affligée d'une tumeur de l'aîne droite ayant pris dans l'espace de trois mois les dimensions d'un pain d'une livre. Conduite chez de Gouey par son amant, elle demanda à être débarrassée de son infirmité au plus tôt et sans témoins.

Après l'incision des téguments, de Gouey tomba sur une poche animée de battements, qui se percevaient d'ailleurs auparavant. A l'ouverture, écoulement d'un *demi-septié* d'eau claire, et à l'intérieur, *petit fœtus long* d'un demi-pied et gros en proportion.

Le placenta était adhérent à la circonférence de l'anneau inguinal.

Pour de Gouey, l'œuf était sorti par les dentelures de la trompe, et, une fois tombé dans la cavité abdominale, avait suivi le ligament rond pour s'engager dans l'anneau inguinal où il avait été fécondé ; interprétation d'ailleurs en rapport avec la physiologie de l'époque.

BIBLIOGRAPHIE

- Deneux. — *Mémoire sur les hernies de l'ovaire*, Paris, 1813.
- Neboux. — Hernie de l'ovaire étranglée (*Bulletin de thérapeutique*, avril 1845; *Archives générales de médecine*, septembre 1846).
- Velpeau. — Article OVAIRE, *Dictionnaire en trente volumes*.
- Loumagne. — *De la hernie de l'ovaire*, thèse de Paris, 1869.
- English. — *Æsterr. med. Jahrbuch*, Vienne, 1871.
- Vibaille. — *De la hernie de l'ovaire*, thèse de Paris, 1874.
- Puech. — *Des ovaires et de leurs anomalies*, Paris, 1873
— Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire (*Annales de gynécologie*, novembre 1878 et juin 1879).
- Langton. — Hernie de l'ovaire (*St Barthol. Hospital Report*, London, 1882, p. 99-205).
- Barnes. — Physiologie de l'ovaire hernié (*American Journal Obstetric's*, janvier 1893, et *Annales de gynécologie*, Paris, 1893. Traduction de Rivière).
- Thomas. — *Hernie inguinale de l'ovaire*, thèse de Paris, 1887.
- Boudaille. — *Hernie inguinale chez la femme et hernie de l'ovaire*, thèse de Paris, 1890.

Lejars. — Néoplasmes herniaires (*Gazette des hôpitaux*, 3 août 1889).

— Hernie de la trompe de Fallope (*Revue de chirurgie*, janvier et février 1893).

Manega. — De la hernie inguinale de l'ovaire (*Riforma medica*, Naples, février 1894).

Kousmine. — Hernie crurale de la trompe de Fallope (*Revue de chirurgie*, avril 1895).

